

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 74

LES
TUMEURS MALIGNES
CONGÉNITALES
DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène DUCOURTHIAL

Né le 22 Décembre 1877, à Puntous, Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées),
Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 74

LES
TUMEURS MALIGNES
CONGÉNITALES
DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène DUCOURTHIAL

Né le 22 Décembre 1877, à Puntous, Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	{ PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAHLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WILL.
Physique médicale	MONYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENÈVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; COLLET, Assesseur ;
MM. BORDIER et COURMONT (P.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Nous dédions ce premier travail et nous
sommes heureux de la remercier ici
pour la tendre sollicitude dont elle nous
entoura. Puisse son amour et ses sages
conseils nous suivre longtemps dans la
vie.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR THÉVENOT

Ancien chef de Clinique chirurgicale du service de M. le Professeur Poncet

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir agréable, en terminant nos études, d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres distingués de la Faculté de médecine de Lyon.

Ils vont d'abord à M. le D^r Thévenot, ancien chef de clinique chirurgicale du service de M. le professeur Poncet. Il nous accueillit avec bonté et voulut bien nous aider dans notre travail, à un moment où toutes ses heures étaient absorbées par la préparation du concours de chirurgien des hôpitaux. Nous le remercions et lui souhaitons le succès.

A M. le professeur Poncet qui voulut bien nous faire l'honneur de présider cette thèse, nous adressons un hommage respectueux. C'est dans sa clinique, où nous sommes allé pendant trois ans, attiré par une singulière sympathie vers ce maître distingué, que nous avons fait notre instruction chirurgicale.

Nous remercions également M. le professeur Nové-Josserand pour les documents qu'il voulut bien mettre à notre disposition.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION ET PLAN

Nous définirons tout d'abord ce que nous entendons par tumeurs congénitales ; si l'on accepte le terme de congénital dans son sens le plus exact, il ne faut admettre comme congénitales que les tumeurs qui ont été observées au moment de la naissance.

Dans plusieurs cas, soit par le fait de sa position toute extérieure, soit par le fait de troubles fonctionnels précoces, l'affection s'est imposée aux parents dès que l'enfant est venu au monde ; mais, dans d'autres cas, la tumeur située assez profondément dans la cavité buccale, n'occasionnant d'ailleurs que peu ou point de troubles, passe inaperçue durant les premiers jours, les premiers mois, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, variable du reste, que, devenant gênante par son volume, par son évolution maligne, elle s'impose à l'attention de l'entourage.

Voilà donc des cas qui ne se sont révélés qu'après une certaine période de latence et à qui on doit cependant garder leur caractère de congénitalité. Aussi, avons-nous admis comme congénitaux des cas de tumeurs qui n'avaient été remarqués que quelques années après la naissance.

La lente évolution de ces tumeurs, sans atteinte à la

santé générale de l'enfant, sans retentissement ganglionnaire, aperçues seulement quand leur volume devenait gênant, permet d'admettre raisonnablement l'hypothèse suivante : à savoir qu'elles existaient depuis la naissance et que, de ce jour jusqu'au moment où elles se sont imposées à l'observation, elles ont suivi une marche lente mais graduelle.

Nous avons écarté soigneusement les cas de tumeurs malignes développées sur des affections congénitales primitivement bénignes. C'est ainsi que nous avons rejeté les cas de transformation en tumeurs malignes d'anciens angiomes ou autres lésions congénitales. Ce qui est congénital, ce n'est plus le processus actuel malin, mais l'ancien *nœvus*.

Nous avons tout d'abord consacré un chapitre à l'étude du cancer chez les enfants. Cette question est de date assez récente, puisque le premier travail publié sur ce sujet date de 1876. Nous avons envisagé la fréquence du cancer suivant l'âge et le sexe ; la fréquence par rapport au siège, aux formes cliniques ; la durée moyenne et le pronostic.

Dans un second chapitre, nous donnons les observations de tumeurs malignes congénitales de la langue que nous avons pu recueillir. Les seules formes que nous ayons rapportées sont des sarcomes et des épithélioma : neuf observations de sarcome, puisées surtout dans la littérature étrangère ; un cas observé par nous dans le service de M. Nové-Josserand et que M. le Dr Thévenot opéra. Ce cas avait été d'abord rangé parmi les tumeurs épithéliomateuses. De nouveaux examens histologiques ont fait hésiter sur la nature de cette formation et nous préférons la ranger parmi les tumeurs

sarcomateuses. Des travaux ultérieurs de laboratoire viendront compléter cette étude.

Quant aux tumeurs épithéliales de la langue, elles sont excessivement rares. Nous n'en avons trouvé qu'un cas dû à Variol. Encore s'agissait-il d'un enfant de neuf ans, et cet âge avancé peut permettre d'élever des doutes sur l'origine congénitale de l'affection.

Après l'exposé de ces cas, nous avons rapidement passé en revue les différentes théories qui ont été émises depuis Virchow au sujet de la genèse des tumeurs. Nous les avons réunies en deux groupes : la théorie inflammatoire et la théorie des germes embryonnaires (Conheim) et, après les avoir discutées, nous laissons toutes nos préférences à cette dernière.

Il n'était pas possible de créer une étude spéciale, propre au sarcome congénital. Elle se superpose du reste à celle du sarcome chez l'adulte, et notre but a été simplement de voir si l'âge différent des malades n'entraînerait pas des différences dans l'évolution de cette affection. C'est avec cette idée que nous avons esquissé la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic du sarcome congénital.

Nous avons indiqué dans un dernier chapitre quelle doit être la conduite à tenir en présence d'une tumeur maligne évoluant chez de tous jeunes enfants.

LES
TUMEURS MALIGNES
CONGÉNITALES
DE LA LANGUE

CHAPITRE PREMIER

LE CANCER CHEZ LES ENFANTS

Avant d'aborder l'étude des tumeurs malignes congénitales de la langue, il nous a paru intéressant de donner un aperçu des tumeurs malignes observées chez les enfants, de voir la plus ou moins grande fréquence suivant l'âge, le sexe ; de voir aussi quels étaient les organes où elles se développaient le plus fréquemment et quelles étaient les formes anatomiques le plus communément observées.

Duzan, dans sa thèse de 1876, établit dans l'histoire du cancer chez les enfants deux périodes distinctes :

L'une allant de l'antiquité jusqu'à Lebert, et l'autre allant de Lebert jusqu'à nos jours.

Dans la première période, le cancer des enfants est considéré comme une véritable rareté pathologique, une curiosité scientifique, par la plupart des auteurs.

Dans la deuxième période, au contraire, après les publications des mémoires de Roberts Hirschprung, les cas de cancer chez l'enfant paraissent devenir moins

rares parce qu'ils sont mieux observés. Ainsi, quand Lebert a pu réunir seulement quinze cas de cancer chez l'enfant, on voit cette statistique s'enrichir singulièrement par la suite.

Le cancer, dit Hénocque, est plus fréquent dans l'enfance qu'on ne l'a indiqué jusqu'à présent. Aussi, Breslau, sur 3114 cas, trouve 26 cancers de 0 à 10 ans, dont 11 dans les cinq premières années.

Moore, sur 60.176 décès, signale seulement 559 cas pendant les cinq premières années, dont 178 pendant les douze premiers mois.

Vinrent ensuite les travaux de Giraldu, de Brière, qui, rassemblant les cas observés, cherchent à déduire quels sont les organes le plus fréquemment atteints, quel sera le pronostic suivant l'organe lésé.

En 1870, Ratheri, faisant une étude sur le cancer du rein chez l'enfant, le proclame le plus fréquent de tous.

La littérature médicale s'enrichit toujours de nouveaux cas et des études particulières sont faites.

Thompson, Jolly étudient le cancer de la prostate. Un autre le cancer du rein chez l'enfant.

Enfin, Nœgelé, en 1900, étudie les sarcomes de la langue, également chez l'enfant.

Fréquence suivant l'âge. — Picot, réunissant la statistique de Duzan à la sienne, produit un ensemble de 332 cas de tumeurs malignes observées dans le jeune âge, depuis la naissance jusqu'à dix-sept ans.

Il est à remarquer que, d'après cette statistique, ce sont les premières années qui fournissent le contingent le plus considérable.

Ainsi, on trouve :

De la naissance à 1 an.....	54 cas.
1 an à 2 ans.....	25 —
3 ans à 4 ans.....	34 —
4 ans à 5 ans.....	16 —
5 ans à 6 ans.....	24 —
6 ans à 7 ans.....	25 —
7 ans à 17 ans.....	11 par année.

La première année est de beaucoup la plus chargée ;
La proportion se maintient jusqu'à sept ans. Ensuite,
les cas deviennent moins nombreux.

Sur 242 tumeurs malignes, il y avait 136 sarcomes.

Fréquence suivant le siège. — Dans une thèse allemande, 1900, Nœgelé (thèse de Kiel) arrive aux mêmes résultats.

Sur 251 cas de tumeurs malignes, dit-il, 11 se sont déclarées au delà de la dixième année (jusqu'à 15 ans), alors que toutes les autres appartiennent aux dix premières années.

Quant à la nature de ces tumeurs, il y avait 201 sarcomes, 50 carcinomes.

Ces derniers, à l'exception de quatre cas (1 carcinome des joues, 3 carcinomes de la peau), se développaient sur les organes abdominaux. Ils se partageaient de la manière suivante : 35 fois le rein, 1 fois l'ovaire, et l'utérus 2 fois. Pour le tractus intestinal, voici ce que l'on observait :

L'estomac avait été attaqué 5 fois, l'intestin grêle le gros intestin et le foie 3 fois, les glandes du mésentère

1 fois. Il y a un cas isolé de carcinose généralisée de tous les organes abdominaux.

Le mode de répartition des 201 sarcomes dans les organes particuliers est donné par le tableau suivant :

I. — ORGANES ABDOMINAUX, 116.

A. — Appareil uro-génital, 107.

1° Rein, 66 2/3 de tous les sarcomes du rein.	
2° Organes génitaux mâles, en comptant la vessie, 27.	
a) Scrotum et testicules	16
b) Prostate et vessie	10
c) Epididyme	1
3° Organes génitaux femelles, 14.	
a) Vagin	13
b) Utérus	1
c) Ovaire	0

B. Appareil digestif, 9.

1° Estomac	0
2° Intestin grêle	5
3° Gros intestin	1
4° Foie	2
5° Pancréas.	1

II. — SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET ŒIL, 49.

1° Cerveau	4
2° Dure-mère	1
3° Orbites (les deux).	1
4° Yeux, 43.	
a) Rétine	40
c) Nerf optique	1
b) Choroïde	2

III. — Os, 19.

1° Crâne	4
2° Mâchoires	8
3° Colonne vertébrale	3
4° Extrémités	4

IV. — PEAU ET GLANDES, 10.

1° Peau	3
2° Glandes, 7.	
a) Ganglions lymphatiques	4
b) Glandes salivaires	3

V. — CAVITÉ BUCCALE ET ŒSOPHAGE, 7.

1° Langue	3
2° Amygdales	3
3° Œsophage	1

D'après cette nomenclature, on voit qu'il y a deux lieux de prédilection au point de vue du développement du sarcome dans l'enfance : les reins et l'œil.

Plus de la moitié (109) de la totalité des cas de sarcomes cités étaient localisés dans ces deux organes.

Les sarcomes du rein sont observés d'une façon relativement rare chez l'adulte, tandis que le sarcome de l'œil est exclusivement une maladie des premières années. C'est plus rarement que les organes génitaux et le squelette infantile sont attaqués par le sarcome, tandis qu'au delà de la dixième année ce sont précisément les os, la glande mammaire qui constituent les lieux de prédilection du sarcome.

Pour ce qui est des organes respiratoires et de l'es-

tomac chez les enfants, le sarcome ne semble pas avoir été observé jusqu'à présent. Les autres portions du tractus intestinal sont attaquées par lui d'une façon extraordinairement rare.

Fréquence suivant le sexe. — La question du sexe joue un rôle assez curieux dans l'histoire du cancer fœtal. Le nombre des cas observés chez les garçons est bien plus considérable que celui observé chez les filles. Quelle en est la raison ? Cette différence, d'après de Saint-Germain, tient au triste privilège qu'ont les mâles de contracter le cancer du testicule relativement fréquent, tandis que celui de l'ovaire est très rare.

Fréquence suivant la forme. — Les formes les plus fréquemment observées chez l'enfant sont le cancer encéphaloïde, puis, par ordre de fréquence décroissant, le sarcome, le squirrhe, l'épithélioma.

En résumé, on voit que le cancer chez l'enfant se développe surtout de 0 à 1 an; qu'il peut s'observer dans presque tous les organes, le rein et l'œil étant les organes de prédilection.

Pour la langue, les cas de tumeurs malignes sont rares. Nœgelé n'en cite que trois cas. Ces tumeurs sont des sarcomes. Les autres formes n'ont pas été signalées jusqu'ici.

CHAPITRE II

TUMEURS MALIGNES CONGÉNITALES DE LA LANGUE. — OBSERVATIONS

Pour ce qui est de la langue, dans les dix premières années, on n'a vu dans la statistique de Nœgelé que trois cas de sarcome.

Les sarcomes de la langue sont des raretés.

Dans la description de Wild et une statistique faite par Gurtt, donnant 840 cas de sarcomes, il n'y en avait que 1 de la langue.

Billroth ne signale rien sur cette néoformation.

La première description d'un cas de sarcome de la langue émane de Lüke, en 1866.

En 1869 suivit la publication de deux autres cas, et ce n'est qu'après que Buttlin, en 1885, eut indiqué dans son ouvrage (*Diseases of the Thongue*) la rareté du sarcome de la langue, que suivirent dans le cours de ces dernières années, l'une après l'autre, des publications de nouveaux cas qui, pour la plus grande partie, émanent de la littérature étrangère.

Parmi tous les cas de sarcome de la langue, nous avons recherché ceux qui pouvaient être regardés comme congénitaux, soit qu'ils aient été observés au moment de la naissance, soit qu'ayant passé inaperçus dans les premiers mois, ils ne se soient imposés à l'at-

lention des parents que par les troubles fonctionnels que leur développement finissait par amener.

OBSERVATION I

(Jacobi, *The American Journal of obstetrics*, may 1889.)

T. R..., âgé de onze semaines, né de parents bien portants, sans traces de syphilis, trois frères également bien portants.

Quelques heures après la naissance, la mère remarqua une tumeur de la langue qui, du reste, n'empêchait pas le malade de téter.

La tumeur grossit lentement. Ponctionnée, il en sortit du sang.

Quand l'enfant fut observé pour la première fois, il existait sur la moitié gauche de la langue une tumeur du volume d'une noix, s'étendant sur le bord de la langue, jusqu'à la ligne médiane. L'extrémité antérieure se trouvait à 1 centimètre de la pointe. Elle était de consistance élastique, assez ferme, d'un rouge éclatant, et la surface était recouverte d'un réseau très large de capillaires.

Aucune hypertrophie ganglionnaire. Santé générale excellente, quoique la déglutition fût gênée par le volume de la tumeur.

La tumeur et les portions voisines de la langue furent enlevées au moyen de l'écraseur galvanique.

Pas d'hémorragie. En quinze jours, la cicatrisation était terminée.

L'enfant ne fut pas suivi

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une tumeur constituée par des cellules fusiformes, à noyaux allongés, de dimensions très semblables. En somme, sarcome à cellules fusiformes. Les parties périphériques contenaient beaucoup de tissu musculaire et de nombreux vaisseaux capillaires. Ceux-ci étaient pourtant en moins grande abondance que dans la tumeur elle-même.

OBSERVATION II

(Sarcome à cellules fusiformes et rondes, Targett, obs. II,
Guy's surgical reports, 1867.)

A. W..., âgé de vingt-quatre mois, fut admis dans le service de M. le Dr Durham, pour une tumeur de la langue, dont la mère s'est aperçue pour la première fois trois semaines avant. Elle avait beaucoup grossi dans les derniers temps. Elle n'était nullement douloureuse. L'enfant ronflait avec bruit pendant son sommeil. Les antécédents de la famille étaient satisfaisants.

A son entrée, l'enfant présentait sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, à peu près à 4 centimètres en arrière de la pointe, une tumeur de consistance molle, blanchâtre, et mesurant 2 centimètres environ. Aucun engorgement ganglionnaire. Aucune gêne de la déglutition; pas de douleur.

L'enfant reste en observation et, deux mois après son admission, comme la tumeur avait augmenté de volume et gênait la déglutition, on pratiqua l'ablation de la tumeur.

Celle-ci fut enlevée avec une portion de la langue, au moyen de l'écraseur.

Un examen ultérieur montra que toute la tumeur n'avait pas été enlevée.

Une quinzaine de jours après l'observation, la tumeur avait récidivé sur place, et si rapidement qu'elle était plus volumineuse qu'auparavant. Elle était un peu lobulée, très molle et s'étendait en arrière aussi loin que le doigt pouvait atteindre. Elle empiétait aussi sur le plancher de la bouche et on pouvait la sentir extérieurement, comme une masse profondément située dans la région sous-maxillaire gauche.

L'enfant fut emmené de l'hôpital et mourut peu de temps après.

On ne fit pas l'autopsie.

L'examen microscopique montra que la tumeur était composée d'une trame délicate de tissu conjonctif servant de sou-

tien à des cellules affectant toutes les variétés de forme entre les cellules rondes et de véritables fibres, en passant par des cellules ovales et fusiformes.

OBSERVATION III

(Sarcome, Targett, obs. III, *Guy's surgical reports*, 1873.)

C. J..., âgé de dix mois, enfant bien portant et de bons antécédents héréditaires.

La mère aperçut pour la première fois une tumeur sous la langue de son enfant, alors que celui-ci avait sept mois.

Elle se développa rapidement, jusqu'à devenir une masse saignant fréquemment.

Quand il fut admis à l'hôpital, dans le service de M. Houwe, il existait à la face inférieure de la langue une tumeur blanche, allant de la pointe sur la ligne médiane jusqu'au plancher de la bouche. Une fois la tumeur enlevée, on constata qu'elle était de nature sarcomateuse.

Le malade n'a pas été suivi, et l'on ne sait rien sur l'évolution ultérieure de l'affection.

OBSERVATION IV

(Jonathan Hutchinson, *Lancet*, 1885, I.)

La tumeur que j'ai observée avait grossi jusqu'à remplir complètement la bouche, empêchant la respiration et la déglutition.

Son poids était de 7 onces.

C'est probablement la plus grosse tumeur que l'on connaisse de la langue.

L'opération demanda la trachéotomie préliminaire et la résection du maxillaire inférieur, sans quoi il était impossible d'arriver à écarter la masse de la bouche.

Le malade était un étudiant en médecine de vingt-deux ans, et la tumeur croissait depuis douze ans, et peut-être depuis plus longtemps. Elle était douloureuse et d'une dureté presque de pierre. La surface était couverte partout d'excroissances papillaires sans tendance à l'ulcération.

Pas de retentissement ganglionnaire. L'état général est satisfaisant.

La tumeur fut enlevée.

L'examen histologique démontra que la tumeur était sarcomateuse ou lympho-sarcomateuse. Ce jugement a été malheureusement confirmé par le résultat final, car, après deux ans de bonne santé, sans aucun symptôme de récurrence, une nouvelle tumeur se développa soudain et, croissant rapidement, enleva le malade.

OBSERVATION V

(Huntington, *Lancet*.)

J'ai vu seulement un autre cas de tumeur bénigne croissant avec cette rapidité. Elle entraîna la mort par compression.

Le malade était un tout jeune enfant, qui vint dans mon service des enfants malades en raison d'un traumatisme de la tête qui avait amené un épanchement considérable sous-aponévrotique. Il en guérit d'ailleurs, et cela n'a aucun rapport avec la cause de sa mort.

Peu de temps après la guérison de sa blessure, on le conduisit au Dr Jenner, pour la difficulté de la déglutition et la maigreur qu'elle entraînait.

Comme le lait ne pouvait être avalé, il me pria d'examiner l'arrière-gorge.

Je trouvai le côté droit très épaissi et le voile du palais quelque peu déplacé, si bien que je supposai la présence d'un corps étranger; mais rien ne put être trouvé.

Quelques-uns des ganglions du cou étaient gros. La muqueuse du pharynx, aussi loin que le doigt pouvait l'atteindre, était normale et, à travers l'épaisseur de sa paroi postérieure,

rien ne put être déterminé. Rien, pas même un petit cathéter, ne pouvait passer, et l'enfant mourut bientôt d'inanition.

A l'autopsie, on trouva une tumeur mal limitée, s'étendant des lobes latéraux du thyroïde de chaque côté jusqu'en arrière du pharynx. Elle siégeait immédiatement sous la muqueuse et, par conséquent, occupait la place des muscles pharyngiens, qu'on ne pouvait retrouver à l'endroit où s'était développée la tumeur.

Cette tumeur, qui était d'un calibre considérable relativement à la petitesse de la région, fermait le passage à la nourriture pendant la vie, bien qu'après la mort un instrument pouvait se frayer un chemin.

OBSERVATION VI

(Sarcome à cellules fusiformes, Stery, *Deutsche med. Wochenschrift*, 2 juin 1892.)

Catherine H..., âgée de quatre ans, enfant idiote, amenée à l'hôpital en 1890, pour une tumeur du volume d'une noisette, située sur le bord droit de la langue, au niveau de la première molaire.

La tumeur fut extirpée.

Au mois de septembre 1891, l'enfant fut de nouveau amenée à l'hôpital avec une tumeur du volume d'une noix occupant le même siège. La tumeur avait apparu récemment et l'augmentation du volume avait été très rapide.

La tumeur fut extirpée largement, au moyen d'une incision cunéiforme intéressant les parties saines.

L'examen microscopique fit constater un sarcome à petites cellules fusiformes.

OBSERVATION VII

(Clinique chirurgicale de Kiel, th. Nøgele, 1900.)

Commémoratifs : Le 30 août 1899, E. S..., âgé de trois mois, fut porté à l'hôpital par ses parents, parce que, depuis sa nais-

sance, sous la langue s'était développée lentement une tumeur. L'enfant fut, le même jour, pris à la clinique.

Etat : 31 août. — Enfant moyennement développé ; sous la langue à gauche, à côté du frein, une tumeur recouverte de la muqueuse buccale normale, de consistance demi-fluide, par laquelle la langue est fortement pressée en arrière et en haut.

Le jour de l'entrée, on pratiqua une excision d'épreuve, la plaie fut tamponnée.

Diagnostic microscopique : Sarcome à cellules fusiformes.

Marche : 31 octobre 1899. — Le tampon est enlevé; pas d'hémorragie. L'enfant prend bien la nourriture.

2 novembre. — Température normale. Comme thérapeutique, un bain de sublimé tous les jours.

4 novembre. — Ascension de la température, 37°,6 le matin. L'examen des poumons donne: respiration un peu rude; bruits de crécelle retentissants par place. Souffles bronchiques.

Enveloppes humides autour de la poitrine. Température vespérale, 38°,6

5 novembre. — La température était, le matin, tombée à 38°,1. Jusqu'au soir, elle monta à 40 degrés. Poumons dans le même état.

6 novembre. — La température matinale était de 40°,7. Jusqu'à midi, élévation jusqu'à 41°,3.

Le soir, à 2 heures, l'enfant mourut.

Autopsie. — Sarcome de la langue. Pneumonie du poumon droit. Hyperhémie du foie et du rein. Œdème dur de la rate. Gonflement surtout des follicules du gros intestin et des glandes du mésentère. Quatre gros reins accessoires dans le ligament large.

Examen macroscopique de la langue. — Elle est très élargie. La muqueuse est à gauche amincie comme une pièce de 5 pfennigs. D'avant en arrière, se montre, sur la coupe complètement plate, une masse de substance linguale paraissant bien conservée, tandis que la plus grande partie de la langue, d'avant en arrière, sur une épaisseur de 2 centimètres, est transformée en une masse informe, gris blanchâtre, transparente, sur laquelle, mais seulement en haut, s'étendent des

faisceaux musculaires plus ou moins nombreux, jaune pâle. Les glandes sublinguales en sont complètement séparées. Les ganglions lymphatiques de la région sublinguale sont petits et paraissent même normaux.

Examen microscopique. — L'examen microscopique de la tumeur donne des cellules rondes et des cellules fusiformes. Au microscope, rien dans la coupe qui puisse faire songer à un syphilome.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par Delbanco, *Müncher medicinische Wochenschrift*, 1898.)

Au rapporteur, fut envoyée par un médecin une petite tumeur qui était considérée comme congénitale. Le chirurgien l'avait extirpée de la partie antérieure du bord gauche de la langue d'un enfant de quatorze jours.

Delbanco fit l'examen de la petite tumeur.

Il trouva une infiltration sarcomateuse du tissu conjonctif intermusculaire, avec une dégénérescence secondaire des faisceaux musculaires transversaux.

Après coloration de la coupe, il vit que la striation transversale avait disparu et que les cylindres jaunes, paraissant comme coagulés, crevassés, étaient également interrompus. Les cellules sarcomateuses avaient pour la plupart le type des cellules fusiformes.

OBSERVATION IX (inédite).

(Service de M. Nové-Joserand, suppléé par M. Thévenot.)

Alexandre M..., cinq jours, est apporté à la Charité, le 12 août 1902, pour une affection congénitale de la langue. L'enfant, qui n'est atteint d'aucune malformation, présente en effet, une masse volumineuse, lisse, arrondie, de consistance ferme, qui fait saillie entre les lèvres et les dépasse de 2 centimètres; elle

est projetée en avant ou ramenée en arrière par l'enfant, comme s'il s'agissait de la langue, et l'on a, en voyant le malade à distance, l'impression qu'il s'agit d'une hypertrophie considérable de la langue, qui ferait saillie au dehors, étant trop volumineuse pour être contenue dans la cavité buccale et ne pouvant même pas y rentrer.

Il suffit d'examiner le malade pour ne pas s'arrêter à ce diagnostic: si l'on ouvre la bouche et qu'on soulève la masse extérieure, on voit qu'il s'agit d'une formation surajoutée à la langue; c'est une sorte de polype, dont la coloration est rosée; il est recouvert dans toute son étendue par une muqueuse lisse et luisante, bien différente comme aspect de la muqueuse buccale. Au-dessous d'elle et par transparence, on n'aperçoit pas de veines dilatées. La masse est d'une consistance ferme, non fluctuante, et l'on a l'impression qu'il s'agit d'un fibrome pédiculé.

Elle s'implante sur le dos de la langue, à 1 cm. 5 en arrière de la pointe, et sur une longueur de 2 cm. 5 environ; latéralement, elle occupe presque toute la face dorsale de cet organe et s'arrête à 4 millimètres de ses bords. L'aspect particulier de la muqueuse, qui se continue brusquement avec la muqueuse linguale, permet de délimiter d'ailleurs facilement le néoplasme. Il ne semble pas qu'il s'enfonce dans la profondeur de la langue.

En se développant, la tumeur n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins, et elle suit tous les mouvements de la langue. Elle a rempli toute la cavité buccale, dont elle a refoulé la voûte légèrement en haut; de même, l'arcade alvéolaire est projetée en avant, mais la soudure des deux maxillaires n'a pas été entravée.

Les troubles fonctionnels sont limités; la déglutition est possible, mais non la succion, et, pour que l'enfant s'alimente, il faut lui verser du lait sur la base de la langue, en arrière de l'implantation du néoplasme.

Depuis un jour, la muqueuse qui recouvre la partie extra-buccale de la tumeur se dessèche et il s'est fait, au point le plus saillant, une ulcération qui saigne peu et qui est recou-

verte par une croûte au-dessous de laquelle est un liquide séropurulent.

Les ganglions voisins ne sont pas engorgés. L'enfant a l'air d'avoir un bon état général; il ne présente aucune autre malformation.

L'enfant est mis en observation pendant quelques jours, en attendant que sa tumeur soit enlevée.

16 août. — Malgré les lavages fréquents des ulcérations, celles-ci s'accroissent; on constate en même temps un peu de gonflement du cou, surtout du côté droit.

17 août. — Le gonflement augmente; il commence à la région parotidienne et s'étend jusqu'à la ligne médiane. L'enfant aurait craché un peu de pus.

18 août. — On constate l'existence d'un abcès en fer à cheval autour du maxillaire inférieur, et qui s'ouvre sur la face interne de l'os, dans le sillon qui le sépare de la langue, au niveau du point où sera plus tard la deuxième grosse molaire.

L'enfant a pris de la température et paraît s'affaiblir.

Il est opéré immédiatement.

La tumeur étant fortement attirée au dehors et l'enfant mis la tête pendante, dans la position de Rose, il est facile, avec une aiguille, de passer un fil de soie à travers la surface d'implantation de la tumeur. Un double nœud est ainsi fait au ras de la langue et la tumeur sectionnée au ciseau. Le pédicule ne saigne pas et est, par mesure de prudence, légèrement cautérisé.

D'autre part, le phlegmon est incisé et drainé; il sort très peu de pus.

19 août. — Les suites opératoires du côté de la plaie furent simples. Malheureusement, l'enfant prit de la broncho-pneumonie et mourut.

Autopsie 20 août. La langue étant enlevée en totalité, puis sectionnée sur la ligne médiane, on constate que la tumeur, par sa teinte plus claire, est nettement séparée de la langue et ne plonge pas dans sa profondeur. Le fil passe exactement à la limite du tissu sain; du côté de la base de la langue, il ne laisse au-dessous de lui que 1 millimètre de tissu malade.

Il n'y a pas de ganglions.

L'ouverture de la cage thoracique montre une broncho-pneumonie double.

Pas de malformations viscérales.

Examen histologique. — La tumeur a été envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique, qui nous a fourni sur elle les renseignements suivants:

Il semble bien que l'on a affaire à une tumeur très maligne; mais il est beaucoup plus difficile d'en indiquer le tissu point de départ. Pour la plus grande partie, la tumeur est constituée par des lobules incomplètement individualisés d'un tissu de fibrilles ou de grains jaunâtres, faisant comme un feutrage dans lequel sont coulés des noyaux assez volumineux, pas très nombreux, autour desquels on ne distingue aucune atmosphère protoplasmique. Ces nappes sont parcourues par d'énormes capillaires sanguins qui y serpentent et s'y divisent. Elles s'avancent presque sous l'épithélium aminci, réduit à son *stratum lucidum* et à sa couche cornée. Sur certaines coupes à la face profonde de cet épithélium, des bourgeons de cellules malpighiennes semblent s'étirer et se fondre insensiblement dans le feutrage granuleux de la tumeur.

L'examen, on le voit, ne permet pas de conclure à la nature intime de la tumeur et la possibilité d'une lésion épithéliale subsiste après cet examen.

Nos recherches nous ont montré que presque toutes les tumeurs congénitales de la langue signalées jusqu'à ce jour étaient des sarcomes. Nous nous sommes cru autorisé, de ce fait, à envisager, jusqu'à plus ample informé, cette tumeur comme un sarcome, malgré le doute qui plane sur son point de départ précis.

**Cas de tumeur épithéliale de la langue
probablement congénitale.**

Après ces observations de sarcomes congénitaux, nous rapportons un cas de cancer de la langue, probablement congénital, puisqu'il s'est développé sur un enfant assez jeune.

Nos recherches dans la littérature médicale ont été vaines, pour ainsi dire.

Billroth a vu un cancroïde de la langue se développer chez un jeune homme de dix-huit ans (*Dictionnaire encyclopédique*, art. *LANGUE*).

Bryant et Butlin ont observé des papillomes et d'autres formes de tumeurs verruqueuses de la langue chez des enfants.

Mais ces faits ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

OBSERVATION X

(Epithélioma, Variol, *Journal de clinique et thérapeutique infantile*.)

Au mois de juin 1893, le jeune Jules G..., âgé de neuf ans, était présenté à l'hôpital de Belleville par sa mère. Il venait consulter pour une affection peu douloureuse de la langue, dont le début était d'ailleurs impossible à fixer.

L'articulation des sons n'était pas troublée, mais l'enfant souffrait un peu pendant la mastication des aliments. En faisant tirer la langue hors de la bouche, je remarquai que la forme et le volume même de la pointe étaient un peu modifiés. En faisant tourner la pointe du côté du nez, je constatai une ulcération partant des bords et de la pointe, sans empiéter sur la face supérieure. Cette ulcération occupait presque toute la face inférieure de la langue jusqu'au frein, spécialement à gauche, et descendant un peu à gauche sur la partie latérale du frein.

Cette ulcération était très largement saillante sur les bords, qui étaient taillés assez nettement. Le fond était rouge vif et bourgeonnant. On distinguait sur ce fond trois ou quatre petits points jaunes, gros comme de petits plombs. En touchant avec le doigt la surface ulcérée, on ne provoquait que peu de douleur et les bourgeons ne saignaient pas facilement.

Si l'on pressait toute la pointe de la langue entre le pouce et l'index, on avait une sensation de fermeté, et même de dureté, dans toute la partie occupée par l'ulcération. Cette consistance n'était pas sans analogie avec l'induration formée par un chancre syphilitique.

En outre, sur la face dorsale de la langue, à droite, à 1 cm. 5 en arrière de la pointe et près de la ligne médiane, existait une surface légèrement saillante de 2 centimètres environ dans le sens antéro-postérieur, sur laquelle on distinguait des saillies arrondies semblables à des hypertrophies papillaires. Elles n'étaient pas ulcérées et avaient un aspect un peu translucide.

Cette lésion n'était pas en continuité avec l'ulcération de la face inférieure de la langue, et la muqueuse linguale était également indurée quand on la prenait entre les doigts. Tout le reste de la muqueuse buccale paraissait sain.

Les ganglions du cou ne présentaient aucune hypertrophie.

Les commémoratifs recueillis sur cet enfant ou sur les parents ne donnaient aucune indication sur son affection linguale.

L'état général est bon. L'examen de la poitrine et du cœur est négatif. La mère jouit d'une bonne santé. Aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux à relever.

Comme l'enfant avait les poumons tout à fait normaux et un état général satisfaisant, comme, d'autre part, l'ulcération principale était presque indolente et reposait sur une base très indurée, je songeai à un chancre syphilitique accidentel.

On donna au malade le traitement spécifique.

Ce traitement fut suivi pendant un mois sans aucune amélioration.

L'enfant fut examiné par Hallopeau et Chauffard qui, s'appuyant surtout sur la présence des points jaunes, pensèrent

qu'il s'agissait d'une ulcération de nature tuberculeuse.

L'enfant quitte l'hôpital; il revient un an après. L'état général est conservé, pas de tuméfaction des ganglions.

On fit sur la langue une excision d'épreuve et l'on examina le fragment au microscope; le résultat de l'examen fut celui-ci: Epithélioma de la langue, ayant vraisemblablement comme point de départ la couche de revêtement de la face inférieure de la langue.

A côté de cette observation, citons celle Harrison. Elle ne rentre pas dans le cadre de notre thèse, puisque le sujet, atteint d'épithélioma de la langue, était une jeune fille de vingt ans et que, par conséquent, l'âge dans lequel s'est développée la tumeur fait rejeter tout de suite toute idée de congénitalité. Nous en parlons cependant, car, ici aussi, l'âge plus avancé de la malade fit faire une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, qui présentait une tumeur ulcérée de la langue et souffrait de vives douleurs dans l'oreille gauche.

Voici ce que raconte Harrison: « Bien qu'elle n'ait pas d'antécédents syphilitiques, la jeunesse de la malade, aussi bien que l'état local, indiquaient l'institution d'un traitement spécifique. On lui donna de l'iodure. Sur l'engorgement ganglionnaire, on appliqua de l'onguent à base de mercure, et la bouche fut lavée au sublimé. En dépit de tout traitement, la tumeur augmenta. L'état général empira. Il devint certain, dès lors, que la malade n'était pas syphilitique, puisque le traitement spécifique avait échoué. Il fallait admettre qu'en dépit du jeune âge, on avait affaire à une affection de nature maligne. Aussi fit-on l'excision d'une petite portion de la tumeur pour la soumettre à l'examen histologique; on trouva qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale. »

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES TUMEURS CONGÉNITALES

Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de discuter longuement la valeur des différentes théories qui ont été émises au sujet de la genèse des tumeurs; de contrôler les nombreux travaux qui ont été entrepris par les physiologistes pour établir sur des données expérimentales la théorie infectieuse ou parasitaire des tumeurs. Notre plan est de passer rapidement en revue, à propos des sarcomes congénitaux, les diverses hypothèses émises sur la genèse des tumeurs.

Virchow, dans son traité, indique les causes qui peuvent être le point de départ du développement de tumeurs :

1° La disposition congénitale d'excroissances qui peuvent plus tard devenir le siège de processus malins et occasionnent souvent des formations sarcomateuses ;

2° Des parties du corps incomplètement développées, notamment les environs de l'ombilic ;

3° L'âge mûr de la vie ;

4° L'inflammation ;

5° Les cicatrices ;

6° L'infection.

Et depuis Virchow, les idées ont évolué autour de

ces raisons, les développant ou les complétant, mais sans y ajouter grand'chose.

On peut diviser en deux grands groupes principaux les théories qui ont été émises touchant la genèse des tumeurs.

Dans le premier groupe, on admet que les néoplasmes peuvent naître des tissus de l'organisme normal sous l'influence d'une irritation de nature variable. On les envisage en un mot comme la manifestation d'un processus inflammatoire ou analogue à l'inflammation.

Dans le second groupe, les néoplasmes sont considérés comme des vices de conformation, comme la conséquence de troubles qui se sont produits pendant le développement.

Dans le premier groupe, nous avons plusieurs variétés selon la nature de l'agent irritant : l'inflammation pure et simple sans que la cause soit déterminée, ou bien la réaction consécutive à un traumatisme, à une infection.

Dans l'autre groupe, il y a, outre une cause prochaine, aussi une cause éloignée. La cause éloignée est toujours et nécessairement la même : l'inclusion d'un germe embryonnaire dans les tissus. La cause prochaine est de nature variable.

Entre ces deux groupes, il nous faut mettre la théorie qui considère les néoplasmes comme la manifestation d'une diathèse. Cette théorie est bien ancienne : Bazin indiquait la diathèse herpétique et l'arthritisme ; Paget, Gintac, Lancereaux prétendaient que le cancer survenait chez les individus ayant des antécédents arthritiques personnels ou héréditaires. Ce sont Verneuil et son élève Ricard qui ont principalement défendu la théorie de la diathèse néoplasique. Elle dériverait de l'arthritisme et

comprendrait dans une seule et même famille tous les néoplasmes, quel que soit leur point de départ, leur constitution anatomique et leur évolution clinique.

En résumé, deux grandes théories : la théorie inflammatoire et la théorie d'inclusions embryonnaires.

Elles ne diffèrent que par le fait des germes qui composent la tumeur. Dans la première, tous les tissus de l'organisme, tous les éléments qui le composent peuvent être le point de départ de formations malignes. Dans la seconde, il s'agit de germes inclus dans les tissus, qui se seraient séparés de l'embryon pendant le développement.

Théorie de l'inflammation. — Elle n'a pas besoin d'être soutenue longtemps : Formad, de Philadelphie, a soutenu tout dernièrement que tous les néoplasmes n'étaient en somme qu'un processus inflammatoire pur et simple. L'inflammation, sans le concours d'aucun aide, produirait sur un terrain non prédisposé l'éclosion d'un néoplasme. On ne saurait comprendre dans ce cas comment et pourquoi une seule et même cause peut donner à tour de rôle deux effets essentiellement différents : les produits inflammatoires et les néoplasmes.

Théorie traumatique. — Ce sont Velpeau, Desault qui ont le plus insisté sur l'influence du traumatisme comme cause de développement des tumeurs. Il est de fait que les antécédents des malades mentionnent souvent un traumatisme de la région où siège le mal. Mais très souvent aussi le traumatisme n'est pas mentionné. Etienne le note 11 fois dans les antécédents, soit une proportion

dé 28 pour 100. D'après la statistique de Conheim, 14 pour 100 seulement des malades accusent un traumatisme et cette faible proportion suffit à faire rejeter la théorie traumatique.

Théorie parasitaire. — Après le rapprochement qui de tout temps a été fait entre la tuberculose et le cancer, la découverte de la contagiosité et du parasitisme de la première de ces affections ne pouvait manquer de suggérer qu'il pouvait en être de même de la seconde. Aussi, la théorie du parasitisme est-elle à l'ordre du jour.

Les partisans s'appuient sur des données cliniques expérimentales et bactériologiques.

Arnaudet attire l'attention sur l'extrême fréquence du cancer en Normandie et cite un certain nombre d'observations dans lesquelles les habitants d'une même maison ont été frappés successivement. Puis viennent toute une série de travaux tendant à démontrer la contagiosité et l'épidémicité du cancer.

Au point de vue expérimental, Peyrihle, en 1773, fait la première tentative d'inoculation du cancer. De nombreux essais ont été faits depuis. Langenbeck, le premier, réussit à inoculer le cancer à des chiens. Plus tard, Follin, Lebert, M. le professeur Mayet (de Lyon) ont réussi des inoculations de cancers de l'homme à des rats et des souris. Il faut aussi mentionner que Jürgens, dans des recherches expérimentales sur la genèse des tumeurs, a trouvé des sporozoaires qui pouvaient se transmettre de l'homme aux animaux. Ces sporozoaires, dans un cas de sarcome à cellules rondes, produisirent, après transplantation intra-péritonéale chez des lapins, des tu-

meurs du même ordre dans les poumons, les reins, le mésentère. C'est pourquoi Jürguens peut être en droit de prétendre que certaines formes de sarcomes sont à ranger dans le domaine des maladies infectieuses. Quant à cultiver ces sporozoaires, on n'y est pas parvenu. Par contre, Duplay, Arloing, Geissler, tout en multipliant et en variant leurs essais d'inoculation de cancers de l'homme aux animaux et des animaux aux autres animaux d'espèces différentes, n'ont pu obtenir de résultats positifs autorisant à admettre que le cancer soit transmissible par inoculation directe de l'homme aux animaux, ou entre espèces animales différentes.

Les résultats des inoculations d'animal à animal de la même espèce sont aussi contradictoires.

Jeannel, Doutrepelant, Leblanc ont inoculé des tumeurs cancéreuses principalement de chien à chien, de chat à chat. Ils n'obtinrent que des résultats négatifs. Par contre, Goujon réussit la transplantation chez un cobaye d'un fragment de cancer épithélial provenant d'un animal de la même espèce. Moreau, Arloing réussirent des inoculations de fragments de carcinome de chien à chien, de rat à rat, de souris à souris.

La théorie parasitaire a été étudiée aussi au point de vue bactériologique. Le premier auteur qui ait signalé des microbes est Rappin. En 1887, Scheurlen vint affirmer qu'il avait découvert le bacille du cancer. La découverte de Scheurlen souleva une vive polémique, d'autres auteurs réclamant la priorité de la découverte. L'opinion de Scheurlen fut acceptée par Franke, Ferrin, Sanarelli. Pfeifer vint déclarer que le prétendu bacille du cancer de Scheurlen n'était que le bacille de Hauser.

Plus tard, Russel a décrit dans les tumeurs cancé-

reuses d'autres organismes sous le nom de corps à fuchsine, parce qu'ils se coloraient fortement par la fuchsine acide et qu'il crut être des blastomycètes. Duplay et Cazin ont reconnu qu'ils étaient le résultat d'une forme particulière de dégénérescence hyaline et n'avaient aucun rôle pathogénique.

À la théorie microbienne se substitua bientôt la théorie psorospermique. On trouva dans les cellules cancéreuses certains corps tantôt intra-nucléaires, tantôt extra-nucléaires, contenant du protoplasma et des substances chromatiques et qu'il a supposées être de nature parasitaire, non pas microbienne, mais psorospermique.

Peu après, on décrivait dans les cancers certains éléments histologiques ressemblant aux psorospermies et, plus particulièrement aux coccidies. Il serait trop long d'entrer dans le détail des travaux qui ont été entrepris en vue d'établir cette théorie sporospermique. Qu'il nous suffise de dire que les résultats sont contradictoires et que des expérimentateurs ne sont pas arrivés à des conclusions définitives.

Théorie de l'inclusion. — Conheim a émis l'hypothèse que, pendant la formation de l'embryon, lorsque tous les éléments se multiplient avec beaucoup d'énergie, il peut arriver qu'il se forme quelques cellules en plus qui, étant superflues à l'organisme à venir, restent inertes et sont englobées dans les tissus de nouvelle formation. Ces cellules, en nombre variable, parfois très peu nombreuses, peuvent sommeiller pendant longtemps et, si des conditions favorables se présentent, peuvent se multiplier et former des néoplasmes, c'est-à-dire de nouvelles formations de tissus qui ont leur homologue dans l'économie.

Il est incontestable que, dans maintes régions, il existe des débris embryonnaires et que ces débris se montrent aptes à devenir le point de départ de formations malignes. Au cou, certaines tumeurs ont pour origine des débris épithéliaux restés inclus après l'occlusion des fentes branchiales. On admet, pour expliquer l'origine des kystes dermoïdes de la région, l'occlusion anormale et irrégulière de ces fentes. Les épithéliomes des mâchoires (bénins, épithéliome adamantin; malins, des gencives ou des mâchoires) ont pour point de départ les débris parodontaires ou gingivaux.

Les tumeurs de la région coccygienne et les tumeurs du mésentère auraient aussi une origine analogue et reconnaîtraient pour cause l'inclusion de germes embryonnaires.

La théorie de Conheim, si séduisante par sa simplicité, a soulevé de nombreuses objections. On a essayé d'implanter dans les tissus des parcelles de tissus, pour constater s'il ne se ferait pas de développement et s'il ne surviendrait pas ainsi une tumeur. Les résultats ont été négatifs; au bout d'un certain temps, les tissus implantés se résorbaient.

Plusieurs anatomo-pathologistes, qui admettent la théorie de l'inclusion fœtale pour les néoplasmes congénitaux, se refusent à l'admettre pour ceux de l'adulte, car, dans ce cas, il faudrait admettre que le sujet soit porteur, pendant de longues années, de germes qui resteraient latents, et nous avons vu que les expériences entreprises à ce sujet démontrent qu'un germe hétérologue implanté dans un tissu, finit, après un certain temps, par s'atrophier.

Mais ces faits expérimentaux n'infirmant en rien la théorie de Conheim. On peut répondre tout d'abord que l'expérimentation ne réalise pas les conditions normales de l'inclusion fœtale; que, d'autre part, on peut voir certaines formations congénitales, telles que les nævi, rester latentes et sommeiller pendant très longtemps, pour devenir, à un moment donné, le point de départ de processus malins.

Avec Cristiani, nous pouvons dire que l'existence et la persistance d'un germe dans l'épaisseur d'un tissu adulte est possible, et que ce germe peut donner naissance à un néoplasme, après être resté de longues années sans augmenter. Si une cause quelconque vient amener la faiblesse des tissus, ces germes inclus d'origine fœtale prennent le dessus et le néoplasme se développe. Quelles sont les causes qui peuvent favoriser ce développement et créer la moindre résistance? C'est ici qu'il faut faire intervenir le traumatisme, l'influence héréditaire créant une prédisposition particulière. D'autres causes interviendront en premier lieu, l'infection; avec Verneuil, la dyscrasie arthritique.

Et Cristiani conclut ainsi: « Si l'on accepte sans contestation la théorie des germes embryonnaires pour expliquer l'origine des néoplasmes, il faut admettre que tous les néoplasmes sont congénitaux, seulement leurs manifestations sont parfois tardives.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTUDE CLINIQUE DU SARCOME CONGÉNITAL.

I. Anatomie macroscopique.

Siège. — Le sarcome congénital, comme le sarcome de l'adulte, peut exister en tous les points de la langue. Nous le trouvons signalé à la base, à la pointe et aussi dans quelques observations, à la face inférieure de l'organe.

Il n'existe pas de lieu de prédilection et le siège est variable suivant les cas.

Pour le sarcome de l'adulte, on a voulu noter une plus grande fréquence de développement sur le bord gauche que sur le bord droit. Marion trouve que deux fois le sarcome est apparu à droite, neuf fois à gauche. Nous avons trouvé, dans les cas de sarcome congénitaux, trois fois la tumeur bien clairement à droite, deux fois à gauche. Les autres cas sont des cas développés sur la ligne médiane.

Forme. — Le sarcome congénital se présente avec les deux formes comme le sarcome de l'adulte : la forme pédiculée et la forme interstitielle.

Dans la forme pédiculée, la tumeur de coloration variable proémine au-dessus de la langue à laquelle elle est reliée par un pédicule plus ou moins large. La tu-

meur a soulevé la muqueuse qui peut être saine mais qui, dans plusieurs cas, a subi des altérations par le fait de frottements répétés.

Dans la forme interstitielle, le néoplasme se développe dans les tissus linguaux qu'il refoule tout d'abord, ne faisant pas corps avec eux et formant ainsi comme un corps étranger.

La muqueuse est saine, non envahie, glissant assez facilement sur le néoplasme.

Mais peu à peu les cellules sarcomateuses infiltrant les parties voisines et la délimitation de la tumeur n'est guère plus possible. La muqueuse repoussée peut rester intacte ou s'ulcérer.

Volume. — Le volume du sarcome est variable suivant les cas. Signalé tantôt de la grosseur d'une noisette et tantôt d'une grosse amygdale. Dans un cas, la tumeur avait atteint un volume si considérable qu'elle entraîna la mort par compression du larynx et refoulement de l'épiglotte.

Nombre. — Le sarcome de la langue est toujours unique. Dans le cas où la tumeur envahissait la langue et le larynx, il s'agissait très vraisemblablement d'une tumeur ayant envahi successivement tous les organes de la région.

Etat des ganglions. — Les ganglions sont respectés. Ce n'est que fort tard, alors que la tumeur s'est ulcérée en quelque point, que l'on constate de l'engorgement ganglionnaire. Il s'agit alors plutôt d'une poussée aiguë simplement inflammatoire que d'une généralisation ganglionnaire du néoplasme. En effet, si on vient à extirper la tumeur, l'engorgement disparaît au bout d'un certain temps.

II, Anatomie microscopique.

Nous empruntons à Marion cette étude de l'anatomie microscopique du sarcome de langue. Disons tout d'abord que Marion distingue le sarcome du lympho-sarcome et rejette ce dernier de la classe des lymphadénomes. Mais il a soin de faire observer qu'il est des tumeurs décrites en Angleterre comme lymphosarcome, qui sont bien réellement des sarcomes; le terme pour les autres qui l'emploient désignant la variété de sarcome à cellules rondes.

C'est ainsi que Targett dit: « Il s'agissait en somme d'un sarcome à cellules rondes ou lymphosarcome. » Au point de vue microscopique, le sarcome de la langue peut être constitué par n'importe quelle variété de cellules : cellules rondes, grandes ou petites, cellules fusiformes. Dans le même sarcome, il n'est pas rare de rencontrer un mélange de cellules rondes et de cellules fusiformes. Signalons cependant que, dans quelques cas, le mélange des cellules rondes et des cellules fusiformes n'est pas le fait du sarcome, mais le fait de l'inflammation de la tumeur ulcérée. »

Marion donne ensuite une coupe de sarcome de la langue et l'interprète de la façon suivante :

« Au-dessous du niveau de la muqueuse, on aperçoit des amas fortement colorés en violet entre lesquels existent des travées rosées peu abondantes. Au niveau où la tumeur émerge de la langue, ces travées se sont condensées, et l'on ne voit plus qu'un tissu fasciculé.

Plus haut, à ces travées se mêlent quelques cellules arrondies qui deviennent de plus en plus nombreuses à

mesure qu'on s'éloigne du point d'implantation de la tumeur, si bien que la superficie est constituée uniquement en apparence par ces cellules arrondies. Sur la périphérie, on voit un liseré épais, formé par la muqueuse, se continuer en se réfléchissant d'une part avec la muqueuse linguale, d'autre part aller en s'amincissant pour disparaître au point le plus éloigné de la tumeur. Les travées représentent les faisceaux musculaires coupés en différents sens, séparés par des trainées de cellules allongées qui s'infiltrèrent dans le tissu conjonctif intermusculaire. Ces cellules sont serrées les unes contre les autres et laissent peu de place pour une substance intercellulaire. Il n'existe en aucun point de stroma conjonctif ou autre. Les cellules sont très allongées, terminées en pointe, présentant un noyau allongé comme elles, vésiculeux, contenant quelques granulations fixant peu la matière colorante. La muqueuse qui forme un calice à la tumeur nous présente les caractères ordinaires de la muqueuse linguale. Elle n'offre aucune modification ni de l'épithélium ni des papilles.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre, essayer une symptomatologie spéciale, propre au sarcome congénital. Ce serait peut-être trop osé, vu le peu d'observations que nous avons pu produire. Notre but est seulement de reprendre les symptômes du sarcome chez l'adulte et de voir les différences que l'âge différent du malade peut apporter dans la symptomatologie.

Marion décrit deux aspects cliniques répondant aux deux formes anatomiques du sarcome, la forme pédiculée et la forme interstitielle.

L'enfant peut se présenter avec une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la langue et recouverte d'une muqueuse intacte et ininterrompue, ou bien avec une tumeur pédiculée faisant saillie dans la cavité buccale.

Les symptômes, on le conçoit facilement, différeront notablement suivant l'un ou l'autre cas; ils différeront également suivant que la tumeur occupera la partie antérieure ou la partie postérieure de l'organe.

1° Tumeur de la partie antérieure.

Si la tumeur occupe la partie antérieure de la langue, elle sera aisément aperçue et l'attention des parents sera immédiatement attirée de ce côté. Dans le cas de Jacobi, par exemple, il existait sur la moitié gauche de la langue une tumeur du volume d'une noix, s'étendant depuis le bord gauche jusqu'à la ligne médiane en largeur. L'extrémité antérieure se trouvait à 1 centimètre de la pointe. La tumeur fut, dès les premiers jours, observée par les parents.

Il en est de même de certains autres cas que nous avons rapportés, où la tumeur, siégeant à la partie antérieure, frappe l'attention des parents dès les premiers jours. Observation Delbanco : tumeur siégeant à la partie antérieure, extirpée le quatorzième jour de la naissance ; Observation de Kiel : tumeur située sous la langue, observée et suivie depuis l'époque de la naissance.

2° Tumeur de la partie postérieure.

Si la tumeur s'est développée à la partie postérieure de la langue, base, racine, certains symptômes fonctionnels, avant que la tumeur puisse être décelée, du moins à un simple examen de la cavité buccale, viendront inquiéter l'entourage de l'enfant. Aussi, lorsqu'on vient à les constater, ces tumeurs ont déjà acquis un volume auquel n'arrivent jamais celles de la pointe sans que les parents s'en soient déjà aperçus. Prenons avec Marion des exemples chez des adultes. « Chez un malade observé par Perman, un médecin consulté pour des filets de sang dans la salive ne vit absolument rien d'anormal. Ce n'est que six mois plus tard que le sarcome fut constaté. A ce moment, lorsque la langue fut attirée, on vit une tumeur siégeant à la racine de l'organe. La tumeur cachait les parties sous-jacentes et on ne pouvait voir que la racine tuméfiée. Au laryngoscope seulement, on put voir les limites du sarcome. Dans un autre cas de Schéry, ce n'est également qu'au laryngoscope qu'on arrive à voir le néoplasme et déjà le malade déglutit mal et souffre. Toute la base de la langue est envahie par une tumeur dont la surface est brunâtre, irrégulière, et qui s'applique tellement contre la paroi postérieure du pharynx qu'on ne peut apercevoir ni l'épiglotte ni les cordes vocales. On ne peut déter-

miner jusqu'où descend la tumeur. La surface présente de petites masses brunâtres qui s'enlèvent facilement. »

Dans les observations de sarcomes développés chez l'adulte, on trouve quelquefois mentionnées des ulcérations de la muqueuse (cas de Goldee).

Le frottement contre les dents pour les tumeurs siégeant sur les bords ou à la face inférieure, le passage des aliments pour celles de la base, rendent suffisamment compte de ces ulcérations; les mêmes conditions ne se trouvant pas réalisées chez l'enfant, on comprend que les ulcérations doivent être moins fréquentes.

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, la tumeur peut se présenter sous deux formes différentes, la forme pédiculée et la forme interstitielle.

1° Forme interstitielle.

La tumeur est constituée par un noyau de volume variable développé dans l'épaisseur du tissu lingual et faisant corps avec lui. La muqueuse n'est pas envahie par le sarcome et ne fait pas corps avec lui. C'est un signe d'une très grande valeur diagnostique. D'où cette notion importante à retenir que la muqueuse doit glisser sur la tumeur. Cependant, comme les muscles se fixent à la face profonde de la muqueuse, ce devient un symptôme absolument illusoire pour les tumeurs de la face dorsale et des bords. Mais pour les tumeurs de la face inférieure, ce symptôme conserve toute sa valeur. Il est du reste signalé dans plusieurs observations de sarcome chez l'adulte (Santesson, Poncet).

La muqueuse n'est donc que distendue, du moins au début, quelquefois un peu hyperhémée, avec un réseau de capillaires larges, comme dans le cas de Jacobi

(obs. I), et parfois des excroissances papillaires, ainsi qu'on le trouve signalé dans un cas.

1° Variété pédiculée.

Quelquefois la tumeur, au lieu de présenter la forme interstitielle, se présente pédiculée.

C'est ainsi que dans une observation nous trouvons ceci : « On reconnaît, en attirant la tumeur, qu'elle est implantée sur la base de la langue par un pédicule de 1 à 8 millimètres. »

De même dans une autre observation.

Dans les sarcomes de l'adulte, nous avons trouvé indiqué cette particularité que des tumeurs s'étaient présentées tout d'abord avec la forme interstitielle et tendaient plus tard à devenir pédiculées. Pernam cite en effet une observation où la tumeur qui n'avait au début déterminé qu'une tuméfaction de la base de la langue, devint, après injection de pyoctanine, nettement pédiculée.

En résumé, on peut dire que la variété pédiculée du sarcome de la langue se présente sous forme d'une tumeur de volume variable, masse plus ou moins considérable étalée le plus souvent à sa partie supérieure et affectant plus ou moins vaguement la forme d'un champignon, dont le pied s'implante en un point variable de la surface linguale. La surface est ordinairement recouverte d'une muqueuse saine, quoiqu'il semblerait que l'ulcération doive être plus fréquente, vu la mobilité de la tumeur.

Douleur. — Il est difficile d'apprécier ce symptôme chez des enfants âgés de quelques jours ou de quelques semaines. Nous n'avons guère trouvé d'indications rela-

tives à ce point, sauf pour le cas de Targett, qui signale l'absence de toute douleur.

Ce dire est bien en rapport avec ce qui est observé pour les tumeurs de l'adulte. On insiste sur l'indolence de l'affection et sur ce fait que la tumeur n'est gênante que par son volume. Il y a tout lieu de croire d'ailleurs que les cas où la douleur est signalée sont ceux précisément où se rencontrent les ulcérations. Et, dès lors, il est permis de supposer que la douleur est liée à l'ulcération.

Engorgement ganglionnaire. — Dans les cas de sarcome chez l'adulte, nous avons trouvé l'engorgement ganglionnaire signalé plusieurs fois. Cet engorgement est tantôt sous la dépendance directe du sarcome et indique un envahissement des ganglions par le néoplasme. Ce n'est pas le cas le plus fréquent et l'adénopathie apparaît alors à une période assez avancée.

Mais le plus souvent l'engorgement ganglionnaire doit être considéré plutôt comme de nature inflammatoire, ce qui est prouvé par ce fait que la plupart des ganglions disparaissent lorsque la tumeur est enlevée.

Dans les cas que nous avons rapportés, nous n'avons pas vu signalé cet engorgement ganglionnaire, quoique les observateurs s'en soient préoccupés.

L'interprétation semble facile. La généralisation n'a pas eu le temps de se faire. D'autre part, la muqueuse linguale est saine. Les ganglions sont donc intacts.

Troubles dus à la tumeur. — Nous signalerons maintenant les troubles communs à toutes les tumeurs de la langue, troubles dépendant seulement du volume de ces tumeurs.

Le premier de tous sera une limitation des mouve-

ments de l'organe qui apportera de la gêne dans la succion. L'enfant ne pourra prendre le sein et devra être nourri au verre. Mais outre ce symptôme qui paraît être commun à tous les cas, quel que soit le siège de la tumeur, il en est d'autres qui varient d'intensité suivant la partie atteinte.

On comprend, en effet, qu'une tumeur de la base, faisant saillie dans le pharynx, recouvrant l'épiglotte, détermine plus et plus vite des troubles de la déglutition et de la respiration qu'une tumeur de la pointe. C'est ainsi que nous trouvons dans une observation : « La respiration paraît gênée et le petit sujet tient presque constamment la bouche ouverte depuis qu'il est venu au monde. De plus, il tousse fréquemment, tantôt sous forme de quintes, tantôt d'une manière irrégulière. Son sommeil est interrompu assez souvent par la toux. »

Dans une autre observation, nous trouvons également notés ces troubles de la respiration et aussi de la déglutition : « L'enfant tousse et ronfle avec bruit, la déglutition est très difficile. »

Les tumeurs du dos et de la pointe ne présentent aucun de ces troubles si marqués dans les cas de tumeurs de la base. Tout au plus apportent-elles une gêne dans la succion.

Symptômes généraux. — Le sarcome de la langue étant une affection locale, sans généralisation, puisqu'il s'agit de cas congénitaux, il n'est pas surprenant de voir dans la plupart des observations cette mention : l'enfant paraît du reste en bonne santé.

Marche. — Le sarcome de la langue chez l'adulte évolue d'une façon rapide. En six mois, le sarcome vu par Heath, avait envahi le plancher de la bouche et la

face inférieure de la langue jusqu'au bord ; chez une femme, Huter signale le fait d'un sarcome qui, ayant commencé au cinquième mois de la grossesse, dut être enlevé au septième mois à cause de son développement rapide. En cinq semaines, le sarcome opéré par Goldée avait atteint le volume d'une noix.

Il existe cependant quelques cas de sarcome faisant exception à la règle générale et à côté des faits ordinaires où la mort serait survenue en un an de par le fait de la tumeur s'il n'y avait pas eu intervention, il nous faut signaler le cas de M. Poncet où la tumeur mit huit ans à acquérir le volume d'une orange. Et l'autre cas de Mercier, où le néoplasme en huit ans n'avait pas dépassé le volume d'une noix.

Voilà pour les sarcomes de l'adulte. Voyons maintenant ce qu'il en est pour les sarcomes congénitaux.

Dans un cas, en trois semaines, la tumeur avait acquis le volume d'une grosse amygdale et provoquait des troubles considérables. En onze semaines l'enfant observé par Jacobi présentait une tumeur de la grosseur d'une noix.

Il en est de même dans la plupart des observations où l'indication de grosse masse accrue très rapidement revient souvent.

A côté de ces faits et comme corollaire aux faits de MM. Poncet et Mercier, nous trouvons l'observation publiée par Huntington, observation de lymphosarcome, où la tumeur notée comme congénitale ne fut opérée qu'à l'âge de vingt-deux ans, époque où elle déterminait des troubles graves.

La terminaison du sarcome abandonné à lui-même est évidemment fœtale. Barker signale un fait de sarcome non opéré qui eut cette issue.

Dans tous les autres cas il y a eu intervention et c'est la marche de l'affection après cette intervention qu'il importe d'examiner, car des conclusions auxquelles on arrive découle le pronostic.

Il est assez difficile d'avoir une idée exacte de l'évolution de l'affection après une intervention chirurgicale, car c'est généralement peu de temps après l'opération qu'on publie le fait, sans renseignement sur les suites.

Chez l'adulte, le pronostic du sarcome opérable est assez favorable. Marion, dans la *Revue de chirurgie*, 1897, donne ces résultats : sur 10 observations où les suites sont notées, il trouve 6 guérisons, 4 morts. Encore dans l'interprétation des morts, il faut enlever un cas où le malade mourut de pneumonie. Les trois autres moururent à des dates plus ou moins éloignées : 6 mois dans un cas de Targett, 2 ans dans un cas de Max Scheier.

Cette statistique comporte donc un pronostic assez bénin, bien qu'elle ne soit pas définitive.

Dans les cas de tumeurs congénitales que nous avons rapportés, voici ce que l'on peut noter :

Sur les 9 observations que nous avons données, dans 6 cas l'enfant ne fut pas suivi et l'on ne sait rien sur l'évolution ultérieure. Dans les trois autres cas, le malade mourut.

On ne peut donc rien conclure de ces faits, puisque, dans la grande majorité des cas, les enfants n'ont pas été suivis.

Cependant, il est permis de dire que le sarcome congénital doit avoir un pronostic plus grave que le sarcome développé chez l'adulte.

En effet, chez l'enfant, on doit se borner à des extirpations partielles. Le chirurgien se trouve dans l'impos-

sibilité de dépasser largement les limites du mal par des ablations larges qui mettraient la vie de l'enfant en danger à cause de la trop grande perte de sang.

Par conséquent, la tumeur doit presque fatalement récidiver et l'opération n'est en somme qu'un moyen palliatif dans la plupart des cas, une façon de remédier aux accidents immédiats et d'accorder à l'enfant une survie plus ou moins longue.

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre, nous envisagerons seulement le diagnostic du sarcome congénital, omettant de parler de celui du cancer. Les cas de cancers congénitaux de la langue sont, en effet, si exceptionnels, qu'il nous a paru inutile d'en faire une étude particulière. Nous en dirons cependant un mot à propos du diagnostic différentiel du sarcome.

Nous avons vu dans l'exposé précédent qu'il n'existait aucun signe bien caractéristique du sarcome, aucun symptôme d'après lequel on puisse établir un diagnostic ferme.

Un caractère presque constant que nous avons relevé est l'évolution rapide d'une tumeur se présentant, soit sous forme interstitielle, soit sous forme de tumeur pédiculée. Dans la première variété, il semble que l'on doive tenir grand compte du signe que nous avons déjà indiqué à propos de la symptomatologie: la non-adhérence de la muqueuse avec la tumeur; dans la seconde variété, de l'aspect spécial du champignon étalé à sa partie supérieure et non saignant.

En somme, le diagnostic repose sur bien peu de symptômes et souvent, seul l'examen histologique sera capable de nous renseigner. Il devra cependant être tenté et établi, en l'absence de signes cliniques, par élimination des autres affections. Nous passerons en revue les différentes tumeurs de la langue qu'on peut rencontrer chez les enfants.

Examinons d'abord le cas où le sarcome présente la forme pédiculée, et voyons les affections avec lesquelles il pourrait être confondu.

I. Tumeur pédiculée.

Tumeurs volumineuses faisant saillie hors de la cavité buccale :

Macroglossie.

Fibromes et lipomes congénitaux.

Angiomes.

L'idée qui vient tout d'abord à l'esprit du chirurgien en présence d'une volumineuse tumeur qui ne peut être maintenue dans la cavité buccale ou qui, du moins, empêche le rapprochement des dents, est qu'il se trouve en face d'un cas de macroglossie. C'est ce qui arriva dans le cas de M. Thévenot.

Voici comment se présente une langue atteinte de macroglossie : la langue fait issue hors de la cavité buccale, dépasse les arcades dentaires et vient s'étaler au-devant des lèvres et du menton, réalisant ainsi un véritable prolapsus. Elle est sèche, rugueuse par son contact continu avec l'air, et prend parfois un aspect corné ; de consis-

tance variable, du reste, ferme ou cartilagineuse; de coloration variable aussi, suivant les agents extérieurs, rouge, par exemple, avec le froid, de sorte que Fréteau l'a comparée au gland étranglé par un paraphymosis. Ce sont là tout autant de caractères dont aucun n'est pathognomonique, il est vrai, mais qui, rassemblés, réalisent un aspect assez caractéristique de l'affection.

Voici, du reste, comment la macroglossie se reconnaîtra.

Dans ce cas, la palpation de la langue nous révèle un épaississement uniforme des tissus qui constituent la langue. Tandis que, dans un cas de tumeur pédiculée volumineuse, il est toujours possible de trouver l'implantation de la tumeur sur la langue qui, à simple inspection, peut n'être pas visible, plus ou moins cachée par le volume même de la tumeur.

Fibromes et lipomes. — Des fibromes et des lipomes volumineux se rencontrent aussi sur la langue chez de jeunes enfants, et leur origine congénitale a été souvent notée.

Les fibromes sont des tumeurs développées le plus souvent au niveau de la base; tumeurs dures, arrondies, recouvertes d'une muqueuse intacte la plupart du temps, se présentant avec une coloration rougeâtre.

Les lipomes s'offrent à l'examen sous forme de tumeurs molles, siégeant le plus souvent à la face dorsale de la langue. Elles sont bosselées et parfois lobées. A leur surface, la muqueuse est étalée, amincie, et souvent, à travers cette muqueuse, transparaît la coloration jaunâtre du tissu graisseux. Cette teinte jaune est pour ainsi dire caractéristique.

On pourra donc tirer des probabilités de diagnostic

pour le lipome de sa coloration jaunâtre; pour le fibrome de sa coloration rouge et de sa consistance ferme.

Mais, dans des cas plus difficiles, la marche, plus lente que celle du sarcome, pourra seule faire soupçonner la nature de l'affection.

L'angiome de la langue n'est pas très rare. Le plus souvent, il est congénital. La forme la plus communément observée est, croyons-nous, la forme caverneuse, se développant plus spécialement en saillie et formant tumeur. D'ordinaire nettement circonscrit, son aspect et sa couleur, tantôt rouge vif, tantôt lie de vin, l'ont fait comparer à certains fruits: fraise, framboise. De consistance molle, mais sans fluctuation, la tumeur est érectile, turgescente sous l'influence des cris, des efforts, ou même des émotions morales.

Ce sont là autant de signes assez nets qui empêcheront de se méprendre sur la nature de la tumeur.

II. Tumeur non pédiculée.

a) *Tumeurs non ulcérées.* — Mais souvent, le sarcome affecte la forme interstitielle, se présentant comme une masse de consistance variable, incluse dans le tissu lingual. Le diagnostic doit être fait avec des affections diverses:

Fibromes et lipomes.

Kystes.

Gommes syphilitiques.

Nodules tuberculeux profonds.

Nous ne parlerons pas des fibromes et des lipomes. Nous avons déjà insisté sur leur diagnostic.

Les kystes superficiels de la langue, kystes salivaires, développés, comme leur nom l'indique, aux dépens des glandes salivaires, siégeant le plus souvent à la pointe ou sur les bords, ne sauraient guère prêter à confusion. Leur coloration bleuâtre, leur transparence permet aisément de faire le diagnostic. Mais, dans les kystes profonds développés sur le dos de la langue, kystes du canal de Bochdalek, du tractus thyro-glosse, formant une tumeur difficile à apprécier, repoussant la langue en avant et entraînant des troubles fonctionnels en rapport avec leur volume, la difficulté est plus prononcée. Leur indolence, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la conservation de l'état général, tout autant de signes donnés par les classiques pour faire le diagnostic, ne doivent pas trop arrêter le médecin, puisque nous les avons vus signalés dans le sarcome. La fluctuence, si elle peut être perçue d'une ou d'autre manière, sera l'un des meilleurs signes, mais pas cependant un signe évident et certain, car, dans pas mal de cas, les kystes ne possèdent aucune fluctuation; et, d'autre part, la mollesse signalée dans quelques cas de sarcome pourrait induire en erreur. Dans tous les cas, une ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

Les gommes syphilitiques, lésions de syphilis tertiaire, rare chez l'enfant, ont été cependant observées. Elles siègent dans l'épaisseur des muscles, sous forme de noyaux durs, comme enchâssés dans les tissus linguaux, donnant à l'organe une consistance particulière.

Le diagnostic de ces lésions syphilitiques pourra s'établir par les renseignements donnés par les parents, et aussi par les autres manifestations syphilitiques que l'on pourrait relever chez l'enfant.

Il nous semble que l'engorgement ganglionnaire dans la syphilis est un bon signe chez l'enfant comme chez l'adulte. Nous avons vu, en effet, que, dans les cas de tumeur maligne de la langue, il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire.

En tout cas, si l'on hésite, il faudra toujours instituer le traitement spécifique. Si, au bout d'un certain temps, l'affection n'a pas subi d'amélioration, on est autorisé à conclure que l'affection n'est pas de nature syphilitique.

La tuberculose peut se montrer aussi sous forme de nodules développés dans l'épaisseur des muscles de la langue. Ils constituent alors la tuberculose profonde parenchymateuse de MM. Barth et Poncet. Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic des lésions tuberculeuses, à propos des tumeurs ulcérées.

b) *Tumeurs ulcérées.* — La muqueuse qui recouvre le sarcome n'est plus intacte comme précédemment, mais ulcérée. Dans ce cas, le diagnostic doit être fait avec les :

Lésions syphilitiques.

Lésions tuberculeuses.

Epithéliomas congénitaux.

Le chancre induré lingual est très rare. Chez les enfants, presque toujours accidentel, son siège de prédilection est au niveau de la pointe ou encore mieux au niveau du filet. Il se présente sous l'aspect d'une ulcération grisâtre à bords rouges, saillants, indurés. Les ganglions sous-maxillaires sont indurés de bonne heure.

Signalons aussi le ramollissement de gommes profondes qui pourraient induire en erreur. Nous avons vu comment se faisait le diagnostic.

Les lésions tuberculeuses ulcérées doivent être indiquées dans ce chapitre de diagnostic différentiel. Nous avons vu l'erreur commise dans une observation que nous avons rapportée; on reconnaîtra la nature de la lésion par la constatation, autour de l'ulcération, d'un semis jaunâtre de granulations, par la coïncidence d'autres lésions tuberculeuses, notamment de lésions pulmonaires. Les antécédents héréditaires du petit malade aideront aussi beaucoup au diagnostic.

Epithélioma congénital. — Nous terminons ce chapitre en disant quelques mots de l'épithélioma congénital.

« Il faut, dit Marion, éliminer immédiatement toute une classe de malades, car on peut dire en principe que tout malade qui n'a pas dépassé vingt ans n'est pas atteint du cancer de la langue. Les statistiques sont d'accord sur ce point: exceptionnelle rareté du cancer avant vingt ans. Bien plus, Barker, sur 270 cas de cancer, n'en trouve que 8 de vingt à trente ans. On peut donc dire qu'une tumeur de la langue développée chez un individu de moins de trente ans a des chances pour ne pas être un cancer. »

La valeur de cette assertion est certes considérable. Néanmoins, en face d'un enfant porteur d'une tumeur ulcérée de la langue, l'idée de cancer peut se présenter raisonnablement à l'esprit du chirurgien, bien que la disproportion soit considérable entre le nombre des cas de sarcome et les cas de cancer congénitaux publiés jusqu'ici. Nous avons pu, en effet, relever huit cas de sarcome et nous n'avons trouvé qu'un cas de cancer.

Quant à faire le diagnostic, cela ne nous paraît pas possible et seul l'examen histologique sera capable d'indiquer la nature de la tumeur.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DE LA LANGUE CHEZ LES ENFANTS

Il semblerait tout d'abord que les tumeurs malignes de la langue chez l'enfant soient justiciables d'un traitement hâtif, devant extirper la totalité du mal, s'opposer à la généralisation et à l'extension du néoplasme. Il s'agit, en effet, de tumeurs qui, quoique malignes dans leur texture, n'ont pas de retentissement ganglionnaire, du moins dans les premières années, et n'atteignent pas la santé générale. On serait tenté de les considérer comme une affection locale, gênante par son volume même, mais relativement bénigne si une opération venait remédier aux troubles fonctionnels qu'elle occasionne.

On serait loin de la vérité si l'on s'arrêtait à ces considérations. Dans certains cas, l'impossibilité d'enlever tout le mal par le fait de son volume ou de son extension rapide aux parties voisines, les récidives si fréquentes après une ou deux opérations, assombrissent le pronostic.

Dans deux cas que nous avons rapportés, il n'y eut pas intervention.

Dans l'un, il s'agissait d'une tumeur considérable ayant envahi la base de la langue et toutes les parties de l'arrière-bouche et du cou. Elle entraîna la mort par compression. L'opération ne put être faite, vu l'extension considérable du néoplasme.

Dans l'autre cas où l'intervention n'eut pas lieu, il s'agissait d'une tumeur située sous la langue. Le chirurgien pratiqua une excision d'épreuve et l'examen histologique révéla un sarcome à cellules fusiformes. L'enfant ne fut pas opéré et mourut sept jours après de pneumonie.

D'autre part, les récidives sont fréquentes. Le chirurgien, craignant de trop grandes pertes de sang, se voit forcé de ne pas faire de larges ablations, de ne pas dépasser largement les limites du mal. C'est dans ce fait, sans doute, qu'il faut rechercher la cause de la récidive si fréquente des tumeurs malignes de la langue après une opération.

Quelle sera donc la conduite à tenir en présence d'un de ces néoplasmes de la langue chez un tout jeune enfant ?

Deux cas peuvent se présenter :

1° Il s'agit d'une tumeur rattachée par un pédicule à la surface de la langue, ou bien d'une tumeur non pédiculée, mais assez bien limitée, pas trop considérable.

Dans ce cas, il faut opérer.

Si l'on a affaire à une tumeur pédiculée, l'opération ne comporte aucune difficulté. Attirer la tumeur au dehors et sectionner le pédicule. L'hémorragie sera peu abondante.

Il s'agit d'une tumeur développée au milieu du tissu lingual, il faut ici enlever une portion de l'organe. Nous aurons les procédés de diérèse sanglante et les procédés de diérèse non sanglante.

La tumeur peut être enlevée par une excision simple ou excision en V. La réunion des surfaces cruentées par une suture arrête l'hémorragie.

Parmi les procédés de diérèse non sanglante, le chirurgien a le choix entre l'écraseur de Chassaignac, le

galvano et le thermocautère. De ces trois instruments, l'écraseur n'est guère plus employé. Quant à l'anse galvanique, si elle donne la sécurité au point de vue de l'hémorragie primitive, elle expose aux hémorragies secondaires au moment de la chute des escarres.

2° Il s'agit d'une tumeur volumineuse ayant envahi la presque totalité de la langue, s'étant étendue même aux parties voisines. Dans ce cas, il faudrait renoncer à des excisions partielles et, pour être complète, l'opération demanderait de grands délabrements qui ne pourraient aller sans une grande perte de sang. L'opération ne ferait que hâter l'issue fatale.

Soins consécutifs. — Après l'opération, il s'agit d'assurer l'antiseptie de la plaie créée, d'où lavages fréquents de la bouche, assez difficiles chez l'enfant.

Accidents post-opératoires. — Il faut citer l'asphyxie par suite de la chute du moignon lingual. Cet accident a été observé pendant l'opération chez des adultes ou des vieillards. Ajoutons l'œdème ou l'inflammation purulente des replis glosso-épiglottiques, la septicité du foyer opératoire avec infiltration septique et phlegmon consécutif du cou. Enfin la pneumonie septique. Cette pneumonie a été surtout observée chez les adultes à la suite de l'extirpation de la langue par la voie sus-hyoïdienne, et c'est ce qui a conduit certains chirurgiens à proposer la trachéotomie préventive pour empêcher l'introduction des produits septiques buccaux dans les voies aériennes. Nous la trouvons aussi dans deux de nos observations.

Il faut signaler aussi les hémorragies si fréquentes chez les enfants après les opérations de la cavité buccale,

hémorragies produites par la succion que l'enfant exerce sur sa plaie.

En résumé, on ne doit pas attendre beaucoup du traitement. Dans certains cas, l'opération est rendue impossible par l'extension de la tumeur.

D'autre part, les récidives sont fréquentes. Après l'opération, l'enfant est menacé de graves complications dont les plus fréquentes sont les hémorragies et la pneumonie septique. Il semblerait, dès lors, que, dans les cas moyens, où le malade ne courrait aucun danger par le fait de la tumeur, il serait préférable d'attendre que l'enfant fût plus âgé, de façon qu'il puisse mieux supporter une opération plus large et plus radicale.

CONCLUSIONS

Le sarcome de la langue peut exister chez le nouveau-né ou se révéler dans les premières années de la vie à la façon dont on observe sur n'importe quel organe un sarcome congénital.

Le cancer congénital, l'épithélioma, est excessivement rare, peut-être même n'existe pas. Un seul cas développé chez un enfant de neuf ans.

Le sarcome constitue des tumeurs sessiles, généralement localisées et bien limitées, ne donnant d'autres signes fonctionnels que ceux de la macroglossie. Dans d'autres cas, il s'agit d'une tumeur pédiculée, parfois assez volumineuse pour gêner la succion, la déglutition et la respiration, pour faire saillie entre les arcades dentaires.

Ces tumeurs peuvent à la longue s'ulcérer et devenir le point de départ d'une hémorragie ou d'une infection dont les suites sont fréquemment mortelles.

Leur diagnostic est particulièrement difficile et n'est souvent établi que par l'examen microscopique.

Leur extirpation est rarement complète, sauf pour les

formes pédiculées, car elle nécessiterait une intervention trop longue que le malade ne pourrait supporter.

Aussi le pronostic de cette affection est-il le plus souvent très sombre et la mort en est la conséquence ordinaire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET,

Vu :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 décembre 1902.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Chauveau*, Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'enfance, Paris, 1883.
- Cristiani*, Des néoplasmes congénitaux (Journal d'anatomie et de physiologie, Paris, 1891).
- Clark*, Unusual case of malignant disease in earles infant life Br. M. J., London, 1900, II, 1100).
- Duzan*, Du cancer chez les enfants (th. de Paris, 1876).
- Dérignaucourt*, Lipomes langue, Paris, 1896, n° 543.
- Danlos*, Cancer de la langue (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1901).
- O' Ferral*, Carcinoma at an early age (Lancet, London, 1902, I, 118-119).
- Félix*, Etiologie des maladies cancéreuses, 1895, I.
- Hardy*, Clinical lecture on congenital tumour (Lancet, London, 1885).
- Mayet*, Pathogénie du cancer (Congrès médical de Bordeaux, 1895).
- Marie*, Recherche sur la question du cancer.
- Manichow*, Héredité du cancer (th. de Paris, 1896).
- Ménard et Lannelongue*, Affections congénitales, tête et cou.
- Nægelé*, th. de Kiel, 1900.
- Picot*, Tumeurs malignes chez les enfants (Revue de la Suisse romande, 1883).
- Poncet*, Revue de chirurgie, 1900. Fibro-lipome congénital de la langue.
- Raginsky*, Traité des maladies des enfants, 1892.
- Riley*, Congenital tumours of childhood Cuicin (Lancet clinic., 1900, XLV, 417-421).
- De Saint-Germain*, Chirurgie des enfants.

